

## Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Ihr Ansprechpartner:

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Schadennummer: \_\_\_\_\_

1. Versicherungsnehmer		2. Verletzte(r) (falls nicht mit Versicherungsnehmer identisch)	
1.1 Name, Vorname	<input type="text"/>	2.1 Name, Vorname	<input type="text"/>
1.2 Straße	<input type="text"/>	2.2 Straße	<input type="text"/>
1.3 PLZ / Ort	<input type="text"/>	2.3 PLZ / Ort	<input type="text"/>
1.4 Beruf	<input type="text"/> geb. <input type="text"/>	2.4 Beruf	<input type="text"/> geb. <input type="text"/>
<b>3. Unfalltag</b>	<input type="text"/>	<b>Uhrzeit</b>	<input type="text"/>
<b>4. Ort</b> <input type="text"/>			
5. Unfallhergang und -ursache			
5.1 Ausführliche Schilderung (evtl. gesondertes Blatt verwenden)			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
5.2 Es handelt sich um einen	<input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	
5.3 Unfall als Insasse eines Kfz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Fahrer	<input type="checkbox"/> Beifahrer	
Amtl. Kennzeichen <input type="text"/>			
5.4 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dienststelle <input type="text"/>		Aktenzeichen <input type="text"/>	
5.5 Gab es Unfallzeugen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zeugenanschriften			
Name 1)	<input type="text"/>	Name 2)	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
5.6 Hat im Hinblick auf eine mögliche Bewußtseinsstörung die/der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Art <input type="text"/>		Menge <input type="text"/>	
Zeitraum von <input type="text"/>		bis <input type="text"/>	
5.7 Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ergebnis <input type="text"/> ‰			
5.8 Bei Unfällen als Fahrer oder Insasse/Sozius eines Kfz. War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Verletzungsfolgen			
6.1 Welche(r) Körperteil(e) wurde(n) verletzt?			
<input type="text"/>			
6.2 Welche Verletzungen sind eingetreten?			
<input type="text"/>			
6.3 Welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht?			
Name		<input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße <input type="text"/>			
Wann? Datum		Zeit	Uhr
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.4 Jetzt behandelnder Arzt

6.5 Wurde die/der Verletzte stationär behandelt

ja  nein

Krankenhaus

PLZ/Ort/Straße

Von wann

bis (voraussichtl.) wann

Bescheinigung folgt (siehe dritte Seite der Schadenanzeige)

ja  nein

6.6 Wie lange wird (voraussichtl.) die gesamte ärztliche Behandlung dauern?

bis

6.7 Ist die/der Verletzte aufgrund des Unfalls arbeitsunfähig?

ja  nein

vom

bis (voraussichtl.)

6.8 Ist vollständige Heilung zu erwarten?

ja  nein

Begründung

## 7. Vorerkrankungen/bestehende Verletzungen

7.1 Leidet oder litt die/der Verletzte zur Zeit des Unfalles an einer Krankheit oder einem Gebrechen (z.B. Epilepsie, Diabetes, Amputation usw.)?

ja  nein

woran?

7.2 Ist das Gebrechen Folge eines früheren Unfalles?

ja  nein

7.3 Bezieht die/der Verletzte aus einem früheren Unfall Rente?

ja  nein

von wem?

wie hoch?

seit wann?

## 8. Weitere Versicherungen

8.1 Ist die/der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert (z.B. als Kfz-Insasse)?

ja  nein

Gesellschaft

Versicherungsnummer

8.2 Ist die/der Verletzte krankenversichert?

ja  nein

Name der Krankenvers.

Versicherungsnummer

8.3 Wurde der Unfall dem Krankenversicherer bereits gemeldet?

ja  nein

8.4 Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die/der Verletzte versichert (ggfs. Arbeitgeber fragen)?

Name:

## 9. Allgemeine Hinweise

9.1 Wir weisen darauf hin, dass bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

9.2 Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingebrachten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung der Leistungspflicht im Falle meines Todes. Ich bin ferner damit einverstanden, dass der Versicherer alle von ihm eingeholten Arztberichte und Gutachten einem kompetenten medizinischen Berater zur Prüfung vorlegt.

9.3 Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretenen ab, die/der die Bedeutung nicht selbst beurteilen kann.

9.4 Mir ist bekannt, dass eine Invalidität als Unfallfolge innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 2 Jahren ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muß.

, den

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten bzw. seines gesetzl. Vertreters

Ihre Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie möchten sicherlich so rasch wie möglich in den Genuß der versicherten Leistungen kommen. Sie können dazu beitragen, wenn Sie alsbald eine **ärztliche Bescheinigung** einholen (s. Rückseite). Wollen Sie uns diese Bescheinigung gesondert zusenden, vermerken Sie dies bitte auf Seite 2 der Schadensanzeige unter POS 6.5.

Wir haben diese Bescheinigung in 4 Abschnitte unterteilt. Je nach Schwere der Verletzung sind 2 bis 4 Abschnitte auszufüllen. Evtl. anfallende Kosten/Gebühren werden wir übernehmen.

**Abschnitt 1** wollen Sie bitte selber ausfüllen bzw. von einem Familienmitglied ausfüllen lassen.

**Prüfen Sie bitte sodann, welche der folgenden Leistungen Sie versichert haben. (Die Versicherungsbedingungen sagen dazu nichts aus. Dort wird lediglich ausgeführt, welche Leistungen versicherbar sind. Für welche Leistungen Sie sich konkret entschieden haben, können Sie im Versicherungsschein bzw. in den Nachträgen nachlesen).**

### Krankenhaustagegeld:

Wir zahlen Krankenhaustagegeld für die Dauer einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, längstens jedoch für 2 Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Der Tag der Einweisung sowie der Tag der Entlassung zählen mit.

Bei einer unfallbedingten, ambulanten Operation mit Narkose (keine Lokalanästhesie) gewährt der Versicherer zwei Tagessätze der vereinbarten Krankenhaustagegelder (AUB 2000).

Lassen Sie bitte **Abschnitt 2** von Ihrem **Krankenhaus** ausfüllen.

### Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)

Diese Leistungsart kann in Anspruch genommen werden, wenn der Unfall den Bruch eines Knochens oder Knöchels zur Folge hatte.

Wenn Sie sowohl diese Soforthilfe als auch ein Krankenhaustagegeld geltend machen wollen, sollte Ihr **Krankenhaus** auch den **Abschnitt 3** ausfüllen. Fällt kein Krankenhaustagegeld an, genügt eine Bescheinigung des **behandelnden Arztes** in **Abschnitt 3**.

### Invalidität:

Führt Ihr Unfall zu einer Invalidität, zahlen wir die vertraglich vereinbarte Invaliditätsleistung unter Berücksichtigung der dem Vertrag zugrunde liegenden Progressionsstaffel. Die Höhe unserer Leistung bemißt sich nach der vereinbarten Versicherungssumme, der Schwere und Tragweite der Unfallfolgen sowie der eventuellen Mitwirkung von Vorerkrankungen und Vorschädigungen.

Leider können wir eine Invaliditätsleistung nicht unmittelbar bzw. zeitnah nach dem Unfall zahlen. Um einer evtl. nachträglichen Verschlimmerung der Unfallfolgen gerecht zu werden, muß die Zahlung einer Invaliditätsleistung zurückgestellt werden, bis Ihre Ärzte eine verlässliche, Ihren weiteren Lebensweg umfassende Prognose zu den dauerhaft verbleibenden Unfallfolgen abgeben können. Dies ist in den meisten Fällen erfahrungsgemäß erst in ca. 2 Jahren nach dem Unfall möglich.

Wir sind selbstverständlich gerne bereit, diese Wartezeit mit einem angemessenen Vorschuß zu überbrücken. Um uns dies zu ermöglichen, wollen Sie bitte den **Abschnitt 4** im **Krankenhaus** ausfüllen lassen.

Beachten Sie bitte, dass die Versicherungsbedingungen in dem Abschnitt „Leistungsarten“ eine Ausschußfrist für die Geltendmachung einer Invalidität vorsehen.

### Unfallrente:

Haben Sie sich für die von uns angebotene Unfallrente entschieden, zahlen wir für schwere und schwerste Verletzungen eine monatliche Rente.

Maßgeblich ist zunächst das in Ihrem Antrag gewählte Modell. Wir haben zu prüfen, ob der festgestellte Invaliditätsgrad die in diesem Modell vorgesehene untere Leistungsgrenze überschreitet.

Wir können mit der Rentenzahlung erst beginnen, wenn der Invaliditätsgrad festgestellt ist. Die bis dahin verstrichene Zeit decken wir selbstverständlich rückwirkend über eine Einmalzahlung ab.

Als Grundlage für die Schadenbearbeitung benötigen wir eine Aussage Ihres Arztes in **Abschnitt 4**.

---

**Betrachten Sie diese vereinfachende Erläuterung zu den einzelnen Leistungsarten als Versuch, Ihnen das Verständnis für das sog. „Kleingedruckte“ zu erleichtern. Voraussetzungen und Umfang unserer Leistungspflicht bestimmen sich letztlich allein nach den vertraglichen Vereinbarungen.**

# Bescheinigung zur privaten Unfallversicherung bei der Interlloyd

Ihre Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

## Abschnitt 1 Personalien der Patientin/des Patienten

Name	_____	Vorname	_____	geb. am	_____
PLZ	_____	Ort	_____	Straße	_____
Unfalldatum	_____	Unfallhergang (stichwortartige Beschreibung)	_____		

## Abschnitt 2 Krankenhaustagegeld

1. War Ihr(e) Patient(in) unfallbedingt im Krankenhaus?  ja  nein
2. Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  ja  nein
- Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung: vom \_\_\_\_\_  bis \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_  bis auf weiteres

## Abschnitt 3 Soforthilfe bei Frakturen

3. Hat sich Ihr(e) Patient(in) infolge des Unfalls eine Fraktur des Knochens bzw. Knöchels zugezogen (zu berücksichtigen sind alle gängigen Frakturtypen)?  ja  nein

Lokalisieren Sie bitte diese Fraktur:

\_\_\_\_\_

4. Haben beim Zustandekommen dieser Fraktur Vorschädigungen oder Vorerkrankungen mit mindestens 25% mitgewirkt?  ja  nein

## Abschnitt 4 Invalidität - Kapitalzahlung und/oder Unfallrente -

5. Welchen Befund haben Sie erhoben? Wie lautet Ihre Diagnose?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Wurden Röntgenaufnahmen gefertigt?  ja  nein
7. Wird eines der vom Unfall betroffenen Sinnesorgane/Gliedmaßen voraussichtlich dauernd in der Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt bleiben?  ja  nein  
 ungewiß

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

8. Ist damit zu rechnen, dass sonstige mit einer Invalidität einhergehende Unfall- bzw. Verletzungsfolgen zurückbleiben werden?  ja  nein  
 ungewiß
9. Sind die von Ihnen diagnostizierten Verletzungen ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen oder haben unfallfremde oder degenerative Faktoren eine Rolle gespielt? Verletzungen sind ausschließlich unfallbedingt:  ja  nein

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift des Arztes/Stempel

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes